

პაციენტის თანხმობა ანესთეზიოლოგიურ დახმარებაზე

ანესთეზიოლოგიური დახმარება არის ინვაზიური პროცედურა, რომელიც მოითხოვს ინფორმაციულ თანხმობას პაციენტის, ან მისი ახლობლების მხრიდან. პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის და რეკომენდირებული სამკურნალო, ქირურგიული და დიაგნოსტიკური პროცედურების შესახებ, აგრეთვე მოსალოდნელი შედეგების შესახებ მკურნალობაზე უარის თქმის შემთხვევაში. ეს ინფორმაცია მიწოდებული უნდა იქნას დოკუმენტზე ხელის მოწერამდე. ექიმი პასუხისმგებელია ინფორმაციის სწორად და გასაგებად მიწოდებაზე.

ზოგადი ინფორმაცია:

1. მე ვადასტურებ, რომ გავეცანი ანესთეზიოლოგიური დახმარების არსს და თავისებურებას.
2. ანესთეზიოლოგიური დახმარება ოპერაციის, ან მანუალაციის დროს ისახავს შემდეგ მიზნებს:
 - ა) გაუტკივარება.
 - ბ) პაციენტის მდგომარეობის მუდმივი მეთვალყურეობა. (სინთქვაზე, გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე და სხვა სისტემებზე მონიტორული დაკვირვება.)
 - გ) ოპერაციის, ან მანიპულაციის დროს განვითარებული სხვადასხვა გართულების პროფილაქტიკა, დროული გამოვლენა, მკურნალობა და მოსალოდნელი უარყოფითი შედეგის მინიმუმამდე დაყვანა.
3. არსებობს ანესთეზიის სხვადასხვა სახე: 1) ზოგადი ანესთეზია იწვევს ცნობიერებისა და ტკივილის შეგრძნების დაკარგვას, ამასთან აღინიშნება სუნთქვის, სისხლის მიმოქცევისა და სხვა ორგანოების ფუნქციის დათრგუნვა. ამ სახის ანესთეზია მიიღწევა მედიკამენტების ინტრავენური შეყვანით, ან საანესთეზიო აირების შესუნთქვით. ზოგადი ანესთეზიის დროს ხშირად აუცილებელია პაციენტის ტრაქეაში სპეციალური მილის ჩადგმა, რომ შესაძლებელი იყოს სრულფასოვანი სუნთქვა, კანგადასა და სანარკოზე აირების მიწოდება. ზოგადი ანესთეზია საშუალებას იძლევა უმტკივნეულოდ შეგასრულოთ ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია. 2) რეგიონული გაუტკივარების დროს ხდება სხეულის გარკვეულ უბანში, ან კიდურში მგრძობელობის დაკარგვა. ეს მიიღწევა სპეციალური მედიკამენტების ნერვულ წნულებთან ინექციის გზით, რაც იწვევს შესაბამის ნერვებში ტკივილის იმპულსების გატარების დროებით შეწყვეტას. ანესთეზიის ეს სახე გაცილებით ნაკლებ გავლენას ახდენს სუნთქვაზე და სისხლის მიმოქცევაზე. რეგიონული გაუტკივარება საშუალებას იძლევა უმტკივნეულოდ ჩავატაროთ ოპერაციები კიდურებზე, მუცლის ქვედა ნაწილში მდებარე ორგანოებზე, შორისზე, აგრეთვე სამეანო-გინეკოლოგიურ პროცედურების დროს. 3) ადგილობრივი გაუტკივარების დროს ხდება ტკივილის შეგრძნების დაკარგვა სხეულის მცირე უბანში სადაც ადგილობრივად შეყვანილი იქნა სპეციალური პრეპარატი. ადგილობრივი გაუტკივარება თითქმის არანაირად არ მოქმედებს სუნთქვაზე და სისხლის მიმოქცევაზე. იგი საშუალებას იძლევა ჩავატაროთ მცირე ზომის ქირურგიული მანიპულაციები და ოპერაციები. 4) მონიტორირებული სადაცია მიიღწევა საანესთეზიო საშუალების ინტრავენური შეყვანით და იწვევს ძლიანობას, შიშისა და დაძაბულობის მოხსნას, გაუტკივარებას. ამ პრეპარატებს ასევე შეუძლიათ დათრგუნონ სუნთქვა და სისხლის მიმოქცევა, რის გამოც საჭიროა მუდმივი მონიტორული დაკვირვება. გამოიყენება ზოგი მცირე მაშტაბის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მანიპულაციების დროს.
4. ანესთეზიის ყველა სახე წარმოადგენს გარკვეულ რისკს. ანესთეზიით დამოწვეული სიკვდილი აღინიშნება 1:10000 შემთხვევაში. შედარებით ჯანმრთელ პაციენტებში ეს რისკი კიდევ უფრო დაბალია 1:50000. მიუხედავად იმისა, რომ ანესთეზიის შედეგი როგორც წესი კეთილსაიმედოა, მის დროს შესაძლოა აღინიშნოს სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის მნიშვნელოვანი ცვლილებები, აპარატურის მწყობრიდან გამოსვლა, საექიმო შეცდომა და სხვა გართულებები. უმეტესად ეს გართულებები ანესთეზიოლოგის მიერ სწრაფადვე რეგულირდება, მაგრამ ერთეულ შემთხვევებში მათ მიეყვარათ დაავადებამდე, რომელსაც იწვევს ანესთეზიის გართულება. ყველაზე ხშირ გართულებებს წარმოადგენს: (არსებობს სხვებიც აღნიშნულის გარდა) ხორხის, ან ხახის დაზიანება სასუნთქი მილის ჩადგმის დროს, პირღებინება, ანესთეზიის შემდგომი კუნთების ტკივილი, ალერგია, ინექციის სემდგომი ტკივილი ვენის არეში, უფრო იშვიათად სახმო იოჯების სპაზმი და კბილების დაზიანება. ძალიან იშვიათად შეიძლება აღინიშნოს (არსებობს სხვებიც აღნიშნულის გარდა) გულია განკრება, თავის ტვინის დაზიანება, გულის ინფარქტი, ფილტვების ტრავმა, პირნალები მასებით ასპირაცია, პნევმონია, ღვიძლის და თირკმელების დაზიანება, კიდურების ფუნქციის დარღვევა, ან დამბლა და სხვა.

ანესთეზიოლოგიური დახმარება:

1. მე ვადასტურებ, რომ ანესთეზიოლოგმა მომცა ინფორმაცია სავარაუდო ანესთეზიოლოგიური დახმარების შესახებ.
2. მოსალოდნელი ოპერაცია/პროცედურა უნდა ჩატარდეს _____ ანესთეზიის პირობებში.
3. ანესთეზიოლოგიური დახმარება მოიცავს: _____
4. მე ვადასტურებ, რომ არ უნდა მივიღო საკვები და სითხეები □□.□□.□□□□წ, □□სთ-დან. მე გაფრთხილებული ვარ იმ გართულებების შესახებ, რომლებიც შეიძლება მოყვეს ამ დანიშნულების შეუსრულებლობას და აღნიშნულ დაწესებულებას არ დაგაკისრებ პასუხისმგებლობას მოსალოდნელი გართულების შემთხვევაში.
5. მე ვადასტურებ რომ მივეცი ანესთეზიოლოგს ამომწურავი ინფორმაცია ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, გადატანილი დაავადებების, ქირურგიული ოპერაციების, ალერგიის შესახებ შემდეგ მედიკამენტებზე: _____ და ჩემი მკურნალობასთან დაკავშირებულ ყველა ფაქტზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში მე არ დავაკისრებ პასუხისმგებლობას აღნიშნულ დაწესებულებას და ჩემს ანესთეზიოლოგს გართულების შემთხვევაში.
6. მე ვადასტურებ, რომ არც ანესთეზიოლოგს, არც აღნიშნულ დაწესებულებას სხვა თანამშრომლებს არ მოუციათ არანაირი გარანტია ანესთეზიის შედეგის მხრივ.

გართულებები:

1. მე განმიმარტეს, რომ ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა შეესაბამება კლასს ASA-ს საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით. სტატისტიკურად II კლასის პაციენტებში გართულებების ალბათობა 2-ჯერ მაღალია, III კლასის პაციენტებში 3-ჯერ და ა.შ.
2. დაგეგმილი ანესთეზიოლოგიური დახმარების დრის ყველაზე სავარაუდო გართულებები შეიძლება იყოს: (4-5 ყველაზე სერიოზული გართულება) _____

ალტერნატივა:

1. გაუტკივარების ალტერნატიული სახეები შეიძლება იყოს: _____
2. აღნიშნული ანესთეზიოლოგიური დახმარების არჩევა მოხდეს შემდეგის საფუძველზე: _____

პაციენტის თანხმობა:

1. მე ვადასტურებ, რომ ჩემს ანესთეზიოლოგთან ერთად განვიხილე ჩემი მდგომარეობა, მოსალონელი ანესთეზიოლოგიური დახმარების მაშტაბი და ყველა ჩემთვის საინტერესო კითხვაზე მიღებული მაქვს ამომწურავი პასუხი. მე მოცემული მქონდა საკმარისი დრო გადაწყვეტილების მისაღებად.
2. მე ყოველგვარი გარეშე ზეწოლის გარეშე ვეთანხმები მოსალოდნელი ანესთეზიოლოგიური დახმარების სახეს და ვაძლევ უფლებას ანესთეზიოლოგ _____ ჩაატაროს გაუტკივარება.
3. მე აგრეთვე თანხმობას ვიძლევი თუ საჭირო გახდება ნაწარმოები იქნას გაუტკივარების ალტერნატიული მეთოდების გამოყენება, როგორც საჭიროდ ჩათვლის ანესთეზიოლოგი.
4. მე უფლებას ვაძლევ ანესთეზიოლოგს თუ საჭირო გახდება მისი მეთვალყურების ქვეშ მკურნალობაში ჩართოს სხვა ექიმები, კონსულტანტები, ექთნები, სტუდენტები და აღნიშნული დაწესებულების სხვა თანამშრომლები.
5. მე უფლებას ვაძლევ ანესთეზიოლოგს გამოაქვეყნოს ინფორმაცია ჩემი გაუტკივარების შესახებ სამეცნიერო მიზნით, ილუსტრაციების და აღწერილობითი ტექსტის თანხლებით, რომელიც გამორიცხავს ჩემს იდენტიფიცირებას.
6. მე თანხმობას ვიძლევი სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის საშიში გართულებების შემთხვევაში ანესთეზიოლოგმა ჩაატაროს ყველა საჭირო ღონისძიება, რომელსაც იგი ჩათვლის საჭიროდ.
7. მე ინფორმირებული ვარ, რომ შემიძლია აღნიშნული დოკუმენტი უკან გამოვიტხოვო ანესთეზიის დაწყებამდე ნებისმიერ დროს.
8. ვადასტურებ, რომ ყოველივე ზემოთ ჩამოთვლილი ჩემს მიერ წაკითხულია და სრულიად გასაგებია. მე ხელს ვაწერ აღნიშნულ დოკუმენტს თავისუფალი ნების და საღად აზროვნების პირობებში.

სამკურნალო დაწესებულების დასახელება და მისამართი: _____

თარიღი: წელი დრო: სთ.

პაციენტი: _____ (გარკვევით) / _____ / (ხელის მოწერა)

თუ პაციენტი არასრულწლოვანია, ან არ შეუძლია თანხმობის მოცემა შემდეგი მიზეზის გამო: _____

მშობელი ან მეურვე: (გვარი გარკვევით და ხელის მოწერა) _____

მოწმე: (გვარი გარკვევით და ხელის მოწერა) _____

მოწმე: (გვარი გარკვევით და ხელის მოწერა) _____

ანესთეზიოლოგი: (გვარი გარკვევით და ხელის მოწერა) _____

თარიღი: წელი დრო: სთ.